

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1934

THÈSE

N^o 114

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

(Diplôme d'État)

PAR

Marcel DOUCET

Né le 11 Janvier 1907 à Couëron (Loire Inférieure)

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DU

VOLVULUS DU CÆCUM

Président : M. CUNÉO, Professeur

PARIS

AMÉDÉE LEGRAND, ÉDITEUR

93, BOULEVARD SAINT-GERMAIN, 93

1934

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1934

THÈSE

N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

(Diplôme d'État)

PAR

Marcel DOUCET

Né le 11 Janvier 1907 à Couëron (Loire Inférieure)

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DU

VOLVULUS DU CÆCUM

Président : M. CUNÉO, Professeur

PARIS

AMÉDÉE LEGRAND, ÉDITEUR

93, BOULEVARD SAINT-GERMAIN, 93

1934

I. — PROFESSEURS

MM.

Anatomie.....	ROUVIERE.
Anatomie médico-chirurgicale et chirurgie expérimentale.....	PROUST.
Physiologie.....	Léon BINET.
Physique médicale.....	STROHL.
Chimie médicale.....	DESGREZ.
Bactériologie.....	Robert DEBRÉ.
Parasitologie et histoire naturelle médicale.....	BRUMPT.
Pathologie et thérapeutique générales.....	BAUDOUIN.
Pathologie médicale.....	CLERC.
Pathologie chirurgicale.....	CHEVASSU.
Anatomie pathologique.....	ROUSSY.
Histologie.....	CHAMPY.
Pharmacologie et matière médicale.....	TIFFENEAU.
Thérapeutique.....	LÉPER.
Hygiène et médecine préventive.....	TANON.
Médecine légale.....	BALTHAZARD.
Histoire de la médecine et de la chirurgie.....	LAIGNEL-LAVASTINE
Pathologie expérimentale et comparée.....	FIESSINGER.
Hydrologie thérapeutique et climatologie.....	M. VILLARET.
Clinique médicale.....	ACHARD.
	BEZANÇON.
	CARNOT.
	Marcel-LABBÉ.
Hygiène et clinique de la première enfance.....	LEREBOULLET.
Clinique des maladies des enfants.....	NOBÉCOURT.
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale ..	H. CLAUDE.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.....	GOUGEROT.
Clinique des maladies du système nerveux.....	GUILLAIN.
Clinique des maladies infectieuses.....	LEMIERRE.
	CUNÉO.
Clinique chirurgicale.....	GOSSET.
	GRÉGOIRE.
	LENORMANT.
Clinique ophtalmologique.....	TERRIEN.
Clinique urologique.....	MARION.
	BRINDEAU.
Clinique d'accouchements.....	COUVELAIRE.
	JEANNIN.
Clinique gynécologique.....	J.-L. FAURE.
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie.....	OMBRÉDANNE.
Clinique thérapeutique médicale.....	RATHERY.
Clinique oto-rhino-laryngologique.....	LEMAITRE.
Clinique thérapeutique chirurgicale.....	Pierre DUVAL.
Clinique propédeutique.....	SERGENT.
Clinique de la Tuberculose.....	Léon BERNARD
Clinique chirurgicale orthopédique de l'adulte.....	MATHIEU.
	HOVELACQUE
Professeurs sans chaire.....	MULON.
	OLIVIER.
	VERNE.



II. — AGRÉGÉS EN EXERCICE

MM.

ALAJOUANINE... Neurologie et Psychiâtrie.
 BÉNARD (Henri). Pathologie médicale.
 BERNARD Étienne. Pathologie médicale.
 BOULIN Pathologie médicale.
 BROCCQ..... Pathologie chirurgicale.
 BULLIARD..... Histologie.
 CATHALA Pathologie médicale.
 CHABROL..... Pathologie médicale.
 CHEVALLIER .. Pathologie médicale.
 DOGNON..... Physique.
 DONZELOT Pathologie médicale.
 FEY Urologie.
 GALLIARD..... Parasitologie.
 GASTINEL Bactériologie.
 GATELIER Pathologie chirurgicale.
 DE GAUDART D'ALLAINES. Pathologie
 chirurgicale.
 GAYET Physiologie.
 GIROUD Histologie.
 HAGUENAU Pathologie médicale.
 HALPHEN Oto-rhino-laryngologie.
 HAZARD Pharmacologie.
 HUGUENIN Anatomie pathologique.
 JOANNON Hygiène.
 LABBÉ (Henri) ... Chimie biologique.
 LACOMME Obstétrique

MM.

LANTUÉJOUL .. Obstétrique.
 LAROCHE (Guy). Pathologie médicale.
 LEMAIRE Pathologie expérimentale.
 LEVEUF Pathologie chirurgicale.
 M^{me} J. LÉVY Pharmacologie.
 LÉVY-VALENSI.. Neurologie et Psychiâtrie.
 MOREAU Pathologie médicale.
 MOULONGUET . Pathologie chirurgicale.
 MOUQUIN Pathologie médicale.
 OBERLING..... Anatomie pathologique.
 PETIT-DUTAILLIS. Pathologie chirurgicale.
 PIÉDELIÈVRE . Médecine légale.
 PORTES Obstétrique.
 QUÉNU Pathologie chirurgicale.
 RICHEL Physiologie.
 SANNIÉ..... Chimie biologique.
 SÈNÈQUE..... Pathologie chirurgicale.
 SÉZARY Dermatologie et syphili-
 graphie.
 TROISIER Pathologie expérimentale.
 TURPIN Pathologie médicale.
 VALLÉRY-RADOT
 (Pasteur)..... Pathologie médicale
 VELTER..... Ophtalmologie
 VIGNES Obstétrique.
 WILMOTH Pathologie chirurgicale.

III. — AGRÉGÉS RAPPELÉS A L'EXERCICE

pour le service des examens

MM.

ÂLGLOVE Pathologie chirurgicale.
 BUSQUET Pharmacologie.
 CHAILLEY-BERT Physiologie.

MM.

LEROUX Anatomie pathologique.
 NEVEU-LEMAIRE. Parasitologie.
 ZIMMERN..... Physique.

IV. — AGRÉGÉS CHARGÉS DE COURS DE CLINIQUE ANNEXE

à titre permanent.

MM.		MM.	
ABRAMI	} Clinique médicale.	GUÉNIOT	} Clinique obstétricale.
CHIRAY		LE LORIER	
DUVOIR		LÉVY-SOLAL	
BASSET		METZGER	
HEITZ-BOYER. .	} Clinique chirurgicale.		
MOCQUOT			
SCHWARTZ			

V. — CHARGÉS DE COURS

MM.	
CHAILLEY-BERT, agrégé.....	Éducation physique.
FREY.....	Stomatologie.
LEDoux-LEBARD	Radiologie clinique.
WEIL-HALLÉ	Puériculture.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A LA MÉMOIRE DE MON PÈRE

A MA MÈRE

A MON FRÈRE ET A MA BELLE-SŒUR

MEIS ET AMICIS

A MONSIEUR LE PROFESSEUR CUNÉO

Membre de l'Académie de Médecine
Commandeur de la Légion d'Honneur

*Qui a bien voulu nous
faire l'honneur de présider
cette thèse.*

A MONSIEUR LE DOCTEUR PICHAT

Chirurgien des Hôpitaux
Professeur de l'École de Médecine

*Qui a bien voulu nous
inspirer le sujet de cette
thèse, et nous guider de ses
précieux enseignements.*

A MES MAITRES DE L'ÉCOLE
DE MÉDECINE DE NANTES

A MES MAITRES DANS LES HOPITAUX
DE NANTES

INTRODUCTION

Après être restée dans l'ombre assez longtemps, du fait sans doute de sa rareté en France, alors que des publications nombreuses en ont été faites en Allemagne, en Angleterre et en Finlande, la question du volvulus du cæcum a été reprise ces dernières années, grâce à LENORMANT qui fit une étude complète de cette affection en 1929. Plus récemment, Gaston DURAND, d'une part, J. GATELLIER, G. MOUTIER, P. PORCHER, d'autre part, amorçaient à la société de gastro-enterologie, l'étude radiologique de cette affection.

Le regain d'activité autour de cette question, nous a incité à publier deux observations inédites du volvulus du cæcum dues la première, à l'obligeance du docteur PICHAT, la seconde, à celle du docteur MOISNARD. La première observation nous a paru intéressante du fait de la production du volvulus, quarante-huit heures après une appendicectomie et de sa récurrence cinq ans après la première intervention. A notre connaissance, la récurrence de volvulus cæcal n'a jamais été signalée.

Nous n'avons pas l'intention de faire une revue générale de la question, nous nous bornerons à en compléter l'historique et à en faire une étude succincte que nous ferons suivre de nos deux observations.

HISTORIQUE

Le volvulus du cæcum est une affection rare en France, si l'on considère le petit nombre d'observations qui ont été relevées jusqu'à ce jour.

En 1906, dans leur mémoire publié dans la revue de gynécologie et de chirurgie abdominale, CAVAILLON et DELVOYE ne rapportaient que cinq observations françaises :

L'observation de LEGUEU et BROCA, en 1897.

Celle de BÉRARD et DELORE au congrès de chirurgie, en 1899.

Les deux observations de FRÉLICH, 1901.

Et celle de Mériel, en 1906.

En 1910, le professeur LENORMANT ne pouvait en réunir que 14 cas :

Les cinq cas déjà cités.

Le cas de MONNIER, 1909.

2 cas de DELAGENIÈRE, 1910.

1 cas de LECÈNE, 1910.

1 cas de LAGOUTTE, 1910.

Enfin, le cas personnel de LENORMANT.

GOURDET, en communiquait un cas, en 1910.

En 1911, CHALIER publie une observation, GAYET

et LAROYENNE citent un cas de volvulus post-opératoire, un cas également de LÉO et SIEGEL.

En 1912, E. DUROUX dans la Revue de gynécologie et de chirurgie abdominale, fait une revue générale de la question et publie les 18 observations antérieures à son étude.

En 1913, un cas de VIGUIER.

En 1914, un cas de LAUGERON.

La littérature est muette sur le volvulus du cæcum jusqu'en 1922 où PENTHER dans sa thèse publie deux observations.

En 1923, un cas de BARDOU et GANDY.

Un cas de VIANNAY, en 1924.

GATELLIER et PADOVAN, GATELLIER et HUSSENS-TEIN, deux cas en 1929.

La même année, Gaston DURAND publie une étude intitulée : « Les circonstances cliniques du diagnostic du volvulus cæcal », pour 10 cas de bascule du cæcum, il trouve une fois, l'aspect typique du volvulus complet.

En 1930, M. LANDEL dans sa thèse, rapporte un cas du docteur DUVAL. J. GATELLIER, G. MOUTIER, P. PORCHER, rapportent en 1929, 11 cas de volvulus cæcal contrôlés radiologiquement et en 1931, font une étude de la question : en additionnant les observations publiées, les auteurs réunissent 162 cas et donnent à l'appui de leur étude, 34 figures dans le texte.

Enfin, AIGROT en 1932, en cite 2 cas.

Nous nous sommes bornés dans ce chapitre, à

réunir les observations et les études françaises, mais si nous nous reportons à la littérature étrangère, nous remarquons qu'elle est beaucoup plus riche en observations de volvulus du cæcum que la nôtre. C'est surtout en Allemagne, dans les pays slaves et scandinaves que l'on rencontre le plus fréquemment cette affection et c'est dans ces pays que la première étude en fut faite : VON MANTEUFFEL (1898), HAUSSMANN (1900) et FALTIN (1902). La récapitulation des cas publiés en France, nous montre quelle contribution les auteurs français ont apportée à cette étude. Actuellement donc, cette affection est bien connue et la difficulté de son diagnostic réside surtout dans sa rareté dans nos pays.

ÉTIOLOGIE ET PATHOGÉNIE

La question de race, joue indiscutablement dans la production du volvulus du cæcum. Chez les Scandinaves, les Finlandais, les Russes et les Polonais, les statistiques d'occlusion par volvulus cæcal sont chargées, bien que, d'après GUIBÉ, il ne représente que 10 % de cas de volvulus. L'explication de cette sélectivité se trouve dans le fait que ces peuples, sont presque exclusivement végétariens. Le régime végétarien, s'il n'allonge pas l'intestin, tend cependant à provoquer de la distension chronique et de l'atonie de cet organe. De plus, ces peuples ont une nourriture grossière et très copieuse, dont la digestion et l'assimilation difficiles ajoutent encore à cette atonie.

Dans la statistique de GUIBÉ, il semble qu'il y ait nettement prédominance de cette affection chez le sexe masculin (150 hommes pour 70 femmes). Cependant, les observations françaises que nous avons consultées, ne laissent pas supposer qu'il y ait une prédisposition particulière pour l'un ou l'autre sexe, bien que chez la femme, on ait signalé l'influence de la grossesse et de l'accouchement.

Le volvulus du cæcum s'observe surtout entre 30 et 50 ans, chiffres fournis par les statistiques, mais on peut le rencontrer à tout âge, puisqu'on l'a signalé chez l'enfant (MONNIER 1907) et qu'il n'est pas rare après 60 ans.

Bien plus que sur l'alimentation, le sexe et l'âge, la pathogénie du cæcum repose sur deux éléments : la mobilité et la distension.

La mobilité est le facteur primordial : cet état a été individualisé par WILMS et KLOSE, sous le nom de cæcum mobile. Pour que le cæcum puisse se déplacer et se tordre, il est nécessaire qu'il ne soit pas fixé par de courts mésos au péritoine pariétal postérieur et que les processus d'accolement du méso-côlon ascendant au péritoine pariétal aient été incomplets ou même totalement absents. Il s'agit, en définitive, d'une malformation congénitale, pouvant déterminer des ébauches de torsion et de rotation, voire des torsions et rotations complètes. On retrouve la même pathogénie dans l'invagination intestinale de l'enfant.

La laxité des mésos, leur isolement ou leur continuité avec les mésos voisins, expliquent les limites diverses de la torsion cæcale : le cæcum seul, le cæcum avec l'iléon, le cæcum avec tout ou partie du côlon ascendant.

La production de ces phénomènes est engendrée par le fonctionnement du gros intestin : l'arrivée du bol fécal et sa propulsion. Accessoirement, les contractions de la paroi abdominale suivant les attitudes

et les efforts, jouent dans la production du volvulus en rejetant le cæcum à droite ou à gauche.

Ceci explique que les malades atteints de crises cæcales douloureuses fréquentes, savent y remédier au bout d'un certain temps, en prenant des attitudes inverses à celles qui les produisent.

Une fois la torsion amorcée, la distension vient s'ajouter à la mobilité. Du fait de la stase cæcale et de l'atonie musculaire, le cæcum ne peut que difficilement revenir sur lui-même et à un moment donné, la torsion complète est inévitable. Cette distension peut être due à la qualité (régime végétarien) ou à la quantité de l'alimentation ou encore à une bride placée vers l'angle droit du côlon. La fixité de cet angle explique qu'il peut exister des courbures très aiguës, accrues par le poids et la dilatation du côlon ascendant, pouvant produire l'occlusion complète et secondairement un volvulus aigu ou chronique (A. LANE).

La torsion acquise, l'arrivée continuelle de liquides et de gaz dans le cæcum l'achève, d'autant plus que la valvule iléo-cæcale épaissie ne permet plus le reflux des gaz dans l'iléon.

Le méso lui-même subit des infiltrations et devenant de plus en plus rigide, rend la détorsion spontanée impossible.

Les causes occasionnelles du volvulus du cæcum sont multiples ; nous n'envisagerons que celles qui ont été le plus souvent invoquées :

1^o Les traumatismes, les efforts musculaires, les contractions violentes de la paroi.

2^o L'état puerpéral : entéroptose physiologique et abaissement du côlon transverse après l'accouchement. Les ligaments des angles, tirent et préparent les coudures. L'accouchement favorise également le volvulus par les contractions abdominales et la constipation qu'il entraîne.

3^o La stase intestinale augmente le volume et le poids de l'anse mobile et distend les parois. La constipation est de règle dans le volvulus cæcal et nous la retrouvons dans nos deux observations.

4^o Les tumeurs abdominales ou pelviennes : kystes de l'ovaire, fibromes.

5^o Les hernies qui peuvent admettre le cæcum, dont les mouvements péristaltiques favorisent la torsion.

6^o Les interventions chirurgicales dans le grand ou le petit bassin brassent les anses intestinales et peut-être faut-il voir là, la cause occasionnelle du volvulus dans notre première observation.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE

Le volvulus est la torsion d'une anse intestinale autour de son pédicule mésentérique, or le cæcum est le sommet d'une anse iléo-colique et le volvulus du cæcum est en réalité, le volvulus d'une anse iléo-colique anormalement mobile, mais tournant autour d'un point fixe qui est le plus souvent une adhérence anormale, bride ou inflammation. La torsion du cæcum seul est un fait très rare, la torsion porte ordinairement sur le cæcum et sur une partie du colon ascendant.

Schématiquement, le cæcum ou bien bascule autour d'un axe transversal ou bien tourne soit autour de son axe vertical, soit autour de son méso, ces deux phénomènes (*bascule et rotation*) pouvant s'associer. L'axe transversal peut passer à des hauteurs différentes sur le cæcum et le colon ascendant et l'on peut distinguer trois degrés dans le mouvement de bascule. Si cet axe passe au niveau de l'abouchement de l'iléon, le cæcum seul est intéressé, par contre, s'il passe plus haut, la portion initiale du côlon ascendant ou même tout le côlon ascendant peut participer au volvulus. Dans ces deux derniers cas, le grêle

est entraîné dans la bascule et subit en un point rapproché du cæcum une torsion qui porte en haut son bord libre normalement inférieur. La face antérieure du cæcum devient postérieure et entre en contact avec la face antérieure du côlon ascendant. Le cæcum devient sous-hépatique et précolique si l'axe est rigoureusement transversal, mais si cet axe est oblique, il devient para-ombilical ou même pré-rénal gauche ; FALTIN a noté sa présence sous les fausses côtes gauches. C'est ce relèvement du segment cæcal ou cæco-colique que les auteurs allemands ont appelé cæcum erectum.

Le volvulus vrai du cæcum est une torsion par rotation autour d'un axe vertical. La rotation autour de l'axe du côlon ascendant est rare ; il faut pour cela que l'accrolement se soit arrêté très haut sur le côlon ascendant. Le plus souvent, il s'agit d'une rotation autour du meso-cæcum, le méso se continuant librement avec le mésentère. Le segment enroulé sur lui-même comprend toujours le cæcum, une portion plus ou moins haute du côlon ascendant, le grêle et le mésentère.

Le degré de rotation est très variable : tantôt 180°, tantôt 360 et même davantage. Le sens de la rotation est également variable : si elle s'est faite de droite à gauche, le segment cæco-colique est enveloppé par le mésentère de dedans en dehors et d'arrière en avant, l'iléon passe en arrière de l'anse tordue et suivant le degré de rotation, apparaît en dedans ou en avant. Si au contraire, la rotation s'est faite de

gauche à droite, le grêle s'enroule d'abord sur la face antérieure, puis sur la face postérieure du cæcum.

Si le volvulus s'est produit purement suivant un axe vertical, le cæcum est iléaque ou pelvien. Mais cette forme est rare et le plus souvent, la bascule s'ajoute à la rotation, si bien que le cæcum se porte en haut et à gauche et que l'axe du segment tordu peut être horizontal ou oblique en bas et à droite ; les cæcum occupe le plus souvent, la région ombilicale ou l'hypocondre gauche, plus rarement le bassin.

Consécutivement à la torsion ou à la torsion et à la bascule combinées, l'obstruction est plus ou moins complète et la distension du segment, mis en valvulus plus ou moins considérable. Elle est localisée à l'anse cæco-colique ; elle est produite par les liquides et les gaz que le point rétréci empêche de gagner le colon et la valvule iléo-cæcale, l'iléon. On compare généralement son volume à une tête fœtale, un estomac dilaté.

Cette distension en général est telle, que les bandes musculaires ne sont plus reconnaissables ; les parois du cæcum sont d'une minceur extrême et les manipulations trop brusques, risquent de les faire éclater.

La stagnation des liquides dans cette poche, cause une infection progressive des parois pouvant amener une ulcération et même une perforation.

Si la torsion du segment cæco-colique s'est faite autour de son axe propre, elle porte uniquement

sur l'intestin et trouble peu la circulation mésentérique, la paroi intestinale peut rester plusieurs jours en bon état. Par contre, la torsion du méso et la compression des vaisseaux cæco-coliques entraînent rapidement toutes les lésions de l'étranglement interne. Au lieu d'être œdédié et légèrement infiltré comme dans le cas précédent, le méso présente des infarctus hémorragiques, des veines thrombosées et devient épais et rigide, formant des adhérences courtes plus ou moins solides, qui rendent le volvulus définitif. Le mésentère s'infiltré, devient cartonneux et contient de gros ganglions. Suivant le degré de constriction, la vitalité du segment tordu est plus ou moins rapidement compromise : l'aboutissant fatal est la perforation par gangrène, la chute de l'escarre entraînant une péritonite diffuse.

L'on voit par cette étude, que le cæcum mobile peut entraîner deux formes d'occlusion cæcale : la bascule du cæcum qui est l'accident le plus fréquent, mais aussi le moins grave et le volvulus vrai du cæcum par rotation autour de son axe qui est le plus redoutable.

SYMPTOMATOLOGIE

Le volvulus du cæcum peut éclater sans aucun phénomène prodromique chez des gens normaux. Cependant, il est rare qu'on ne relève pas dans leur passé quelque syndrome intestinal fruste : constipation, sensation de pesanteur dans la fosse iliaque droite. Quelquefois, il s'est montré chez ces malades toute une série de troubles auxquels HAUSSMANN a donné le nom de « cæcum mobile », DELVOYE, celui de « coliques cæcales ». Ce sont des phénomènes de tiraillements, de douleurs, de coliques procédant par paroxysmes, apparaissant à des intervalles irréguliers. C'est le cas de la malade de notre première observation qui souffrait d'une façon intermittente dans la fosse ciliaque droite. Au moment des crises, apparaît à ce niveau un ballonnement plus ou moins localisé et l'on peut sentir sous la main, les contractions du cæcum distendu : il est globuleux, ses parois sont tendues, élastiques et il est le siège de gargouillements et de bruits hydro-aériques. A la percussion, la tonalité en est élevée.

Durant la crise, il n'y a pas émission de gaz ; parfois des vomissements se produisent. Le pouls est accéléré,

le facies anxieux. Chez de pareils malades, la radiographie a permis de constater que la bouillie barytée séjourne jusqu'à 12 ou 24 heures dans le cæcum distendu. Au bout d'un temps variable, la crise cesse brusquement, le ballonnement du ventre et la douleur disparaissent, les gaz circulent dans le côlon et il se produit par la suite une débâcle diarrhéique abondante avec matières liquides extrêmement fétides.

La position du patient, a une grande influence sur la production et la terminaison de la crise et d'après HAUSSMANN, le malade apprend, au bout d'un certain temps à y remédier par des attitudes appropriées.

Dans un très grand nombre de cas, le malade souffre depuis des années (20 ans dans le cas de VILLARD cité par CAVAILLON). La répétition de ces crises, aboutit presque fatalement au volvulus. L'on voit en résumé, qu'il est rare de ne pas déceler dans l'histoire de ces malades un passé intestinal : coliques cæcales bénignes ou graves, constipation habituelle, tension douloureuse dans la fosse iliaque droite.

Le volvulus du cæcum a une symptomatologie beaucoup plus grave : à côté des symptômes fonctionnels communs à toute occlusion intestinale, il existe des symptômes généraux trompeurs et des signes locaux dont l'interprétation est difficile et qui peuvent égarer le diagnostic.

Lorsque le volvulus se constitue, une douleur très vive en marque toujours l'apparition ; c'est le plus

souvent à la suite d'un effort, d'un écart dans le régime alimentaire. Cette douleur reste intense pendant une dizaine de minutes, puis survient une période de calme précédant une nouvelle crise paroxystique moins violente. Cette alternance est la caractéristique du début. Les malades comparent leurs sensations douloureuses à une striction profonde, aux douleurs de l'accouchement ; ils varient leurs attitudes, cherchant une position pour soulager leur douleur. Ces douleurs sont à siège péri-ombilical et s'irradient vers l'hypocondre, le creux épigastrique, la fosse iliaque droite, mais le point de départ n'est qu'exceptionnellement la fosse iliaque droite.

On note en même temps, des vomissements et l'arrêt des matières et des gaz. Les vomissements apparaissent en général aussitôt après la première crise, mais ceci n'est pas absolu (observation I). Les vomissements peuvent se répéter, mais ne sont jamais très abondants. L'arrêt des matières et des gaz n'est pas toujours complet d'emblée, le bout inférieur de l'intestin, pouvant continuer à se vider après le début du volvulus, mais il devient absolu dans les 12 à 24 premières heures.

Au bout d'un certain temps, les crises paroxystiques s'espaçant, l'inspection du ventre peut révéler une voussure dans une région variable de l'abdomen : région péri-ombilicale, hypocondre gauche, ombilic ; tantôt, tout en empiétant dans la région ombilicale, elle dessine sa zone de distension dans l'hypocondre droit. Le ventre est nettement asymétrique, l'om-

bilic projeté en avant, les flancs affaissés. On peut voir au moment des crises, des contractions intestinales se propageant de bas en haut, plus facilement décelables à la palpation.

La palpation de cette voussure n'est pas particulièrement douloureuse : on obtient une sensation de tension, de résistance plus ou moins grande. La contracture de la paroi abdominale est modérée.

La percussion permet d'observer le météorisme localisé qui, d'après la figure classique de ZOEGE VAN MAUTENFFEL, représente un rein placé à droite, dont le hile regarderait l'ombilic, pour GUIBÉ, il serait surtout sous-ombilical, pour FALTIN, plus souvent sus-ombilical. A côté de cette zone sonore, on peut trouver un peu de matité ou de submatité dans la fosse iliaque.

Par la succussion, on aurait parfois un bruit hydro-aérique très net, perceptible également à l'auscultation, qu'il est prudent de pratiquer pour s'assurer de l'existence des mouvements péristaltiques.

Le toucher vaginal et le toucher rectal, pourraient permettre de sentir le fond du cæcum lorsqu'il est dans le petit bassin ; nous avons constaté (obs. I) qu'ils ne donnaient pas toujours de résultat.

Les symptômes généraux, n'indiquent rien de spécial. Comme dans toute occlusion, le facies est plus ou moins anxieux, grippé, les yeux excavés, cernés. La température n'est pas élevée, mais le pouls est ordinairement plus rapide.

La respiration peut être gênée, en cas de voussure

énorme, elle augmente de fréquence, diminue d'ampleur, peut être uniquement costale (obs. II).

La quantité des urines n'est pas sensiblement modifiée, on a cependant signalé des cas d'anurie réflexe.

Cet état de choses persiste deux ou trois jours, c'est ce que CAVAILLON appelait la phase tonique du volvulus cæcal à laquelle ferait suite, une période de rémission. Cette période dure du 3^e au 5^e jour : elle est caractérisée par l'amendement brusque des phénomènes généraux, alors que les signes d'occlusion aiguë se complètent et que le météorisme va toujours croissant. Cette discordance entre l'état général et les signes locaux n'a qu'une courte durée, cependant, elle pourra induire en erreur le chirurgien qui est quelquefois appelé à cette période et qui devra faire non seulement un diagnostic, mais aussi un pronostic.

La température reste normale, le pouls bat à 80,100, le facies n'est pas altéré. Les symptômes fonctionnels tendent à s'effacer : les douleurs diminuent, les vomissements cessent, mais l'arrêt des matières et des gaz est absolu. Par contre, le météorisme augmente ; le ballonnement du ventre est plus marqué et plus diffus ; les contractions péristaltiques ne sont plus perceptibles. Le météorisme localisé devient difficile à apprécier, par suite de la dilatation des anses grêles et aussi de la présence de l'épanchement séro-hématique dû à la réaction péritonéale que l'on retrouve à l'intervention, mais qu'il est difficile d'apprécier cliniquement. Toutefois, à la palpation,

on trouve une masse péri-ombilicale tendue, douloureuse et clapotante.

C'est vers le cinquième jour, que survient la phase terminale, ou phase toxémique, faisant suite à la phase atonique (CAVAILLON) ou période de rémission. A ce moment, la paroi cæcale, présente des ulcérations et la réaction péritonéale entraîne des désordres graves du côté du faciès, du pouls et de la température. Le syndrome est net : c'est l'étranglement interne qui comme tout iléus évolue rapidement vers la perforation et la gangrène.

Lorsque la perforation est faite, le ventre se météorise en entier, des vomissements fécaloïdes surviennent, le hoquet est constant. Le pouls est faible accéléré, le faciès grippé, le nez pincé, les extrémités sont refroidies, la respiration est superficielle, dyspnéique, la température marque 40°. La mort survient finalement par syncope ou par collapsus.

L'évolution du volvulus du cæcum varie de 24 heures à 4 ou 5 jours, rapide chez l'enfant, on a signalé des cas où elle fut retardée à 8 ou 10 jours. Dans l'étude des symptômes, nous n'avons fait que signaler le rôle de la radiographie, cependant, cette exploration est du plus haut intérêt, car le volvulus chronique du cæcum est le plus souvent une découverte radiologique, nous y reviendrons en étudiant le diagnostic de cette affection.

PRONOSTIC

Le pronostic est fatal si le malade est abandonné à lui-même. Seules les ébauches de torsions ou les torsions incomplètes peuvent guérir spontanément. Nous avons déjà signalé que certains malades connaissent les attitudes favorables à la détorsion, mais s'agit-il bien dans ces cas de volvulus transitoires ? Quoi qu'il en soit, si au bout de deux jours le météorisme augmente, alors que les phénomènes généraux diminuent, on a bien affaire à une torsion confirmée et il ne faudra pas se fier à une rémission des symptômes, inconstante il est vrai, mais trompeuse.

Dans une ébauche de torsion, le météorisme disparaît en même temps que l'état général redevient meilleur ; dans le volvulus véritable, après la crise d'occlusion du début, la distension augmente et c'est la péritonite par gangrène qui terminera la scène. Il ne faut compter, ni sur la résolution spontanée, si sur l'efficacité d'un traitement médical, seule une intervention chirurgicale peut sauver le malade. Elle doit être aussi précoce que possible, sinon immédiate, car si les formes cæcales simples évoluent en cinq à huit jours, les formes associées, surtout avec lésions

du grêle n'ont guère qu'une durée de trois jours. Tous les cas non opérés, se sont terminés par la mort, alors qu'après intervention on obtient des moyennes de guérison de 50 % avec résection du segment tordu, de 74 % avec détorsion simple. C'est qu'en effet, en dehors des menaces de perforation par rupture ou gangrène, le cæcum constitue un réservoir de toxines hypervirulentes, pouvant entraîner la mort par toxémie. Tout est donc lié à la précocité de l'intervention et le mieux dans les formes chroniques, est d'intervenir au stade des accidents prémonitoires, sans attendre la crise aiguë.

DIAGNOSTIC

Le diagnostic du volvulus du cæcum, est difficile, du fait que cette affection est rare (HAUSSMANN lui-même ne l'aurait posé que huit fois sur 65 cas). Cela tient également à la position anormale du cæcum et à la difficulté d'interprétation des symptômes. D'ordinaire en période aiguë, on ne reconnaît que l'étranglement interne.

De l'étude des symptômes, il est à retenir trois éléments principaux : les crises douloureuses antérieures, la rémission secondaire et la tumeur. Dans notre première observation, ces crises douloureuses terminées par la guérison existaient depuis un an et dans les deux cas, les malades étaient des constipées habituelles. L'intervention ayant été immédiate dans les deux cas, nous n'avons pu constater de période de rémission. Enfin, le signe de VON WAHL : tumeur sonore, clapotante avec parfois ondulations péristaltiques visibles et palpables, si tant est qu'il existait dans notre première observation, ne pouvait fournir de renseignement sur l'identité de l'anse météorisée.

Dans la plupart des communications que nous

avons consultées, le diagnostic de volvulus cæcal n'est fait qu'à l'intervention. Il s'agit d'un syndrome d'occlusion qui est attribué à un volvulus quelconque ou à une bride intestinale ; on pense à une appendicite, à une péritonite, à la torsion d'un kyste de l'ovaire.

L'appendicite s'accompagne de douleurs, dont l'intensité et le siège sont différents de ceux du volvulus : elles ne dépassent pas en général la ligne médiane. L'hyperesthésie cutanée et la contracture musculaire sont plus prononcées, la fièvre est à 39-40, le pouls est accéléré et il n'y a pas de météorisme localisé. Les douleurs appendiculaires sont calmées par la glace qui n'a aucun effet sur celles du volvulus du cæcum.

La péritonite par perforation, débute comme le volvulus, par une douleur brusque et violente, mais cette douleur est bientôt suivie de fièvre et d'accélération du pouls, elle se généralise à tout l'abdomen et l'on trouve rapidement de la matité dans les flancs. La douleur au niveau du cul-de-sac de Douglas, provoquée par le toucher rectal, l'absence de météorisme, permettront d'éliminer ce diagnostic tout au moins au début.

Le kyste de l'ovaire tordu, se différencie par la présence d'une tumeur, dure, lisse, arrondie, douloureuse, mate à convexité supérieure avec symptômes d'occlusion beaucoup moins marqués.

Une grosse vésicule se présente, sous forme d'une tumeur à pôle supérieur sous-hépatique ; les signes

d'occlusion manquent (arrêt des matières et des gaz). Généralement, le malade a un passé hépatique et des antécédents caractéristiques.

Les kystes du mésentère sont en général médians, à évolution longue, ne s'accompagnant pas de signes d'occlusion aiguë.

La confusion est facile entre le grand kyste hémattique du pancréas et un volvulus cæcal haut placé. On pourra soupçonner cette affection par les antécédents du malade et l'évolution subaiguë de la maladie.

L'examen des régions herniaires et le toucher rectal éliminent le diagnostic d'étranglement herniaire et de sténoses anorectales.

Le diagnostic différentiel devient plus difficile avec les occlusions du côlon sigmoïde et de l'intestin grêle.

Le volvulus du côlon sigmoïde, a pour lui : le début de la douleur dans la fosse iliaque gauche, le météorisme médian et sus-ombilical, l'élargissement des flancs, les renseignements fournis par le toucher rectal, l'absence de vomissements porracés précoces et la conservation prolongée de l'état général.

Les occlusions du grêle, se caractérisent surtout par le météorisme péri-ombilical peu marqué au début, avec présence rapide d'ascite, ses vomissements porracés rapprochés du début et l'atteinte rapide de l'état général.

Cliniquement, le diagnostic de volvulus cæcal est donc délicat, bien que, d'après GUIBÉ, le signe de VON WAHL ne serait jamais plus net que dans cette

affection. Mais il est souvent difficile, de faire préciser au malade le nombre et la nature des vomissements, le siège de la douleur et l'examen de l'abdomen ne donne pas toujours de résultat, soit qu'il soit météorisé et distendu, ou que la paroi est énorme comme dans notre observation II.

Il serait donc logique, de recourir à l'examen radiologique de ces malades et les travaux de Gaston DURAND, d'une part, de J. GATELLIER, G. MOUTIER et P. PORCHER, d'autre part, nous montrent l'importance de cette exploration. Elle est du plus haut intérêt, en cas de volvulus chronique : c'est ainsi que l'on peut reconnaître nombre de bascules du cæcum et même d'ébauches de torsion, les formes typiques du volvulus iléo-cæco-colique étant rares. La radio, seule, permet de faire le diagnostic de ces formes frustes et de déterminer la limite inférieure de l'occlusion, soit par l'examen à vide, qui pourrait situer le siège central ou périphérique de la zone claire ou mieux, à l'aide d'un lavement opaque. Mais dans les cas de valvulus aigu primitif ou secondaire, plusieurs objections se présentent : indépendamment de la longueur des manipulations et de la fatigue qui peut en résulter pour le malade, il est dangereux d'administrer un lavement baryté à un malade en crise d'occlusion, d'autre part, l'état du patient peut justifier l'urgence de la laparatomie.

TRAITEMENT

Le traitement médical, n'a d'intérêt que dans la phase prodromique du volvulus cæcal : il y a à faire un choix de régime et de médicaments propres à éviter la stase cæcale chez les sujets atteints de cæcum mobile. Le port d'une ceinture, les massages, peuvent être conseillés. Au début de la torsion les purgatifs sont dangereux, l'administration d'un lavement est contestable, les lavements électriques ne doivent pas être prolongés, sous peine de désastre. Les changements d'attitude favorable à une détorsion peuvent être recherchés. Mais, toute cette thérapeutique ne peut être active, que dans les crises cæcales de prétorsion.

Le traitement chirurgical est le seul rationnel : il sera palliatif ou curatif.

Le traitement palliatif est représenté par : l'entérostomie, l'entéroanastomose et l'exclusion.

L'entérostomie simple doit être rejetée : pratiquée sur une anse grêle, elle vide le contenu de l'anse dilatée du grêle, mais non le cæcum, dont les lésions de sphacèle continueront d'évoluer et elle ne peut empêcher les accidents de stercorémie. Si elle est

faite sur le cæcum, le contenu cæcal se vide bien, mais elle n'arrête pas l'évolution de la gangrène.

L'entéro-anastomase qui consiste généralement dans une iléo-sigmoïdostomie est également vouée à l'impuissance, car elle laisse persister le volvulus avec ses lésions confirmées. Il en est de même de l'exclusion qui ne met pas à l'abri des complications d'ordre toxique ou infectieux.

Toutes ces opérations s'adressent simplement aux phénomènes d'occlusion sans en rechercher la cause, elles ne peuvent être faites qu'à titre de pis-aller chez des malades très gravement atteints dont elles prolongent l'existence de quelques heures à quelques jours en les soulageant.

Le traitement curatif se réduit à deux opérations : la détorsion et la résection.

La détorsion est l'opération de choix si elle est faite précocement : c'est celle qui a été faite le plus souvent et avec le plus de succès, les deux observations que nous publions en apportent une preuve de plus. On peut pratiquer soit une détorsion simple, soit une détorsion avec entérostomie. La première opérations s'adresse à une anse intestinale encore en bon état, l'intervention étant rapprochée du début de l'occlusion. Elle exige des manœuvres délicates car souvent la distension est telle que des déchirures peuvent se produire. L'anse éviscérée sera entourée de larges compresses et on la soulèvera pour former un pivot à la détorsion qui sera faite en sens inverse de la torsion. Si la résistance à cette

manœuvre est trop grande, on évacuera le contenu soit par ponction de l'anse dilatée à l'aide d'un gros trocart dont il faudra par la suite combler le trajet, soit par entérostomie ou appendicostomie. Cette manœuvre en plus de la liberté opératoire qu'elle donne, a l'avantage de soustraire à l'organisme un liquide particulièrement toxique, de vider rapidement le contenu cæcal mais elle expose à la souillure du champ opératoire.

Lorsque la détorsion est réalisée, reste une opération complémentaire : la cæcopexie. Elle permettrait d'éviter les récidives de volvulus, mais certains chirurgiens estiment qu'en produisant des brides intrapéritonéales, elle serait l'amorce d'une future torsion. Nous avons constaté dans notre première observation que la dernière intervention qui avait consisté en détorsion simple et cæcopexie, avait donné des résultats éloignés satisfaisants alors que la première intervention sans cæcopexie avait laissé persister tous les troubles antérieurs.

Faut-il drainer ? Un drain s'impose s'il y a présence dans la cavité abdominale d'un épanchement trouble et suspect.

L'opération même hâtive, n'amène pas toujours la découverte d'une anse cæcale dont les parois soient relativement saines. Le cæcum est quelquefois très altéré, des déchirures ont pu se produire au cours des manœuvres de détorsion et après l'évacuation de l'anse, celle-ci peut ne plus présenter aucune tonicité. Enfin on peut découvrir des plaques de sphacèle

de couleur feuille-morte avec autour un épanchement louche et fétide. Lorsque la gangrène est trop étendue pour qu'on puisse enfouir ces plaques, il faut recourir à la résection. Cette méthode serait le procédé idéal, s'il n'avait contre lui sa gravité : la mortalité est très grande, si l'on s'en rapporte au pourcentage donné par J. GATELLIER, G. MOUTIER et P. PORCHER (58 %). L'exérèse dans ce cas porte sur tout le cæcum malade après ponction de l'anse dilatée et il est d'un intérêt primordial de la faire en un temps. Après résection, suivant l'état du malade, on peut faire un abouchement des extrémités colique et grêle à la peau et secondairement la cure de l'anus ou une anastomose termino-terminale, termino-latérale ou latéro-latérale.

Tels sont les deux meilleurs moyens d'action curative grâce auxquels les auteurs que nous venons de citer trouvent 93 guérisons sur 162 cas recueillis par eux, soit une proportion de 57 %.

En présence de la gravité du volvulus du cæcum et de ses complications, on est en droit de se dire que le véritable traitement de tous les accidents de torsion du cæcum mobile devrait être préventif. Chez les sujets présentant des crises intermittentes de préocclusion, l'examen clinique et surtout l'examen radiologique devraient permettre de dépister le cæcum mobile. Le chirurgien serait alors incité à fixer la portion initiale du gros intestin et à traiter la malformation congénitale qui est à la base de la mobilité cæcale et est cause par là-même des accidents redoutables du volvulus du cæcum.

OBSERVATION I

Mlle Marguerite L..., 26 ans, ouvrière dans une biscuiterie, entre à l'Hôtel-Dieu de Nantes, le 27 août 1924 avec le diagnostic d'appendicite chronique.

L'interrogatoire apprend que, depuis plus d'un an, la malade présente des crises douloureuses durant une heure et souvent davantage ; sans horaire précis, mais à localisation constante au niveau de la fosse iliaque droite. De plus cette malade est constipée habituellement et à l'occasion de ces crises douloureuses, elle a eu quelques vomissements.

Le médecin qui la soignait avait fait le diagnostic d'appendicite chronique et lui avait conseillé d'entrer à l'Hôtel-Dieu dans l'intention de se faire opérer. L'intervention fut pratiquée par le Docteur GAUDIN, le 27 août 1924 sous anesthésie générale ; il trouve un appendice congestionné de la grosseur du petit doigt qu'il réséqua. Cette intervention fut des plus banales et ne donna lieu à aucun incident notable. La paroi fut refermée sans drainage.

Le 29 août 1924, 48 heures après l'appendicectomie, l'opérée fut prise brusquement l'après-midi, de douleurs abdominales intolérables. Elle n'eut

pas de vomissements, mais n'eut aucune émission de gaz, son état général était très mauvais, son pouls rapide entre 100 et 110. A l'examen on constata une tumeur qui, au dire de la malade était apparue brusquement ; elle occupait la portion droite de l'abdomen débordant légèrement à gauche la ligne médiane. La palpation très douloureuse au niveau de la tumeur, permit cependant de percevoir quelques contractions péristaltiques. Le Docteur GAUDIN appelé, fait le diagnostic d'occlusion intestinale par volvulus possible et en raison de la persistance des douleurs et de l'état de shock de plus en plus prononcé de la malade, décide de l'opérer d'urgence.

L'intervention a lieu à 8 heures du matin le 30. Laparatomie médiane sous-ombilicale. Le chirurgien trouve à l'ouverture de l'abdomen, après avoir refoulé les anses grêles vers le haut, une anse intestinale facile à identifier grâce à la présence du moignon appendiculaire qui n'avait pas été enfoui lors de la première intervention et qui est sphacélé et de couleur verdâtre : c'est le cæcum. En remontant le long du côlon ascendant, il trouve le pied d'un volvulus qui correspond à peu près au milieu de cette anse. La partie initiale du côlon ascendant a participé à la torsion qui s'est faite autour de son axe longitudinal, torsion de dedans en dehors, d'environ 180°. L'iléon entraîné, passe en avant du cæcum. La détorsion du volvulus cæcum-côlon ascendant est facile. On constate alors que le méso-

cæcum est libre et de longueur anormale ce qui permet de mobiliser aisément l'organe. Mais en raison de l'état de shock accentué de la malade, le Docteur GAUDIN juge prudent de ne pas prolonger l'intervention ; étant donné le bon état apparent des parois de l'organe, il remet les anses en places et referme rapidement la paroi abdominale. Les suites opératoires furent excellentes et la malade sortait de l'Hôtel-Dieu trois semaines après cette seconde intervention ; avant son départ, en raison de la non-fixation du cæcum, elle fut prévenue que les phénomènes qu'elle ressentait avant son entrée à l'hôpital, pourraient se reproduire. Après quelques jours de convalescence, la malade reprenait ses occupations habituelles.

De 1924 à 1926 des crises abdominales sans vomissements, mais avec constipation opiniâtre, obligèrent la malade à consulter deux fois son chirurgien ; celui-ci se décida à faire faire un examen radiologique. Cet examen fut pratiqué le 22 mai 1926, et voici la réponse du radiologue :

« Le gros intestin est rempli, bien visible. Il est régulier de forme et de situation. Pas d'adhérences appréciables avec la cricatrice sus-pubienne. Pas de segment dilaté ou de sténose. »

Cependant, par la suite, la douleur et la constipation s'accrochèrent peu à peu. La malade faisait un usage constant d'huile de paraffine. Il est à noter que jusqu'au mois de juin 1929, elle n'eut jamais de vomissements.

Le 19 juin 1929, recrudescence très nette des douleurs, siégeant dans tout l'abdomen, gonflement du ventre auquel fait suite une abondante émission de gaz ; le ventre redevient aussitôt après normal et souple.

Le 27 juin 1929, la malade a vomi deux fois dans la journée.

Le 28 juin, la malade est prise subitement de douleurs abdominales violentes, sans localisation précise, survenant par crises. L'arrêt des matières et des gaz est absolu. Cet état de choses persiste jusqu'au moment de son entrée à l'hôpital, le 2 juillet à 3 heures du matin.

L'examen de la malade est pratiqué par le docteur PICHAT : cette femme a un assez bon facies, son pouls est régulier, bien frappé, elle n'a pas de température. En découvrant l'abdomen ce qui frappe d'emblée c'est une tumeur saillante sous la paroi qui est maigre, peu musclée. Cette tumeur est située dans la fosse iliaque droite ; elle est bien limitée, peu douloureuse, sonore à la percussion. Le reste de l'abdomen est plat et souple. On pratique un toucher vaginal et un toucher rectal qui ne fournissent aucun renseignement. Le docteur PICHAT n'ayant pas été prévenu à ce moment-là que la malade avait été mise en garde contre une récurrence possible de volvulus, fait le diagnostic d'occlusion intestinale par bride, en raison des deux interventions précédentes et décide de l'opérer.

L'intervention est immédiate sous anesthésie gé-

nérale. Laparatomie médiane sous-ombilicale indiquée par la cicatrice de l'opération antérieure. Le chirurgien découvre alors un volvulus du cæcum autour de son axe longitudinal. Il a décrit un tour et demi autour de cet axe en tournant de droite à gauche. La terminaison de l'iléon se trouve en avant du cæcum. Le côlon ascendant est également intéressé dans cette rotation et le pied du volvulus se trouve haut situé sur cette anse. La détorsion en est extrêmement facile. Les parois du cæcum présentant encore une certaine épaisseur, le cæcum est fixé au péritoine de la paroi abdominale antérieure par deux fils de lin passés très prudemment. Fermeture de la paroi en trois plans. Les suites opératoires immédiates ont été parfaites.

La malade a été revue quelques mois après, elle n'accusait plus aucune douleur et présentait un très bon état général. Depuis cette dernière intervention, elle allait à la selle sans laxatifs, chose qui ne lui arrivait pas avant.

Convoquée par nous, sous l'initiative du docteur PICHAT, le 23 décembre 1933, la malade nous a confirmé ces premiers résultats ; elle nous a affirmé ne plus souffrir ni présenter aucun des phénomènes antérieurs à l'opération de 1929. Son état général est bon et elle a engraisée de plusieurs kilos depuis 4 ans ; son ventre est symétrique, souple partout et dépressible, faisant supposer un transit intestinal normal.

OBSERVATION II

M^{me} B..., 57 ans, entre à l'Hôtel-Dieu de Nantes, le 19 mars 1932 à 21 heures, avec le diagnostic d'appendicite aiguë.

Dans les antécédents personnels de la malade, on relève seulement une fièvre typhoïde à l'âge de 20 ans ; elle a eu quatre grossesses normales. Depuis plusieurs années, elle est constipée habituellement et use fréquemment de laxatifs.

A son entrée à l'hôpital, cette femme nous apprend qu'elle a été prise brusquement au début de la matinée de ce même jour, d'une douleur violente au niveau de la fosse iliaque droite, douleur accompagnée de vomissements alimentaires. D'autre part, depuis la veille, elle n'a pas eu de selle. La douleur a persisté, quoique moins violente, jusqu'au moment de son entrée à l'hôpital.

C'est alors que l'examen du ventre est pratiqué : on est en présence d'une femme extrêmement obèse, ce qui ne facilite ni l'inspection ni la palpation. Sa température est à 38°7, son pouls bat à 110. Son faciès ne présente aucun signe particulier qui pourrait guider le diagnostic (hémorragie, intoxication).

A l'inspection, la malade qui souffre toujours et qui présente à ce moment quelques vomissements bilieux, ne respire pas avec son ventre. Celui-ci est largement étalé, flasque, à première vue symétrique, mais légèrement ballonné au dire de la malade.

La percussion n'indique rien de particulier, en raison sans doute de l'épaisseur de la paroi.

La palpation réveille une douleur très nette et une défense musculaire localisée au niveau de la fosse iliaque droite.

En présence de ces symptômes, on fait le diagnostic d'appendicite aiguë chez une femme âgée et obèse. L'opération d'urgence semble indiquée et est pratiquée immédiatement sous anesthésie générale au mélange de Schleich.

On fait l'incision de Max Schuller et l'on trouve immédiatement sous la paroi le cæcum distendu. Il est tordu sur lui-même suivant son axe longitudinal, entraînant avec lui le côlon ascendant. Cette torsion s'est faite de dedans en dehors et est d'environ 180°. En même temps, le cæcum se trouve basculé et son fond regarde en haut et en dedans.

L'appendice est congestionné et volumineux, il passe en arrière de l'iléon et vient le boucler en anse de panier, décrivant aussi une crosse qui amène son extrémité libre sur la face antérieure de l'iléon. Des adhérences unissent l'un à l'autre ces deux organes.

On commence par rompre ces adhérences et l'on procède ensuite à l'appendicectomie. Le cæcum

est ensuite détordu facilement : il est long et volumineux, de la grosseur d'un poignet d'adulte. Malgré cette distension, ses parois paraissent en bon état, on le fixe donc sans plus, au péritoine de la paroi abdominale antérieure, à la partie inférieure de la cicatrice, par deux fils de catgut passés prudemment. La paroi abdominale est ensuite refermée en 3 plans.

Les suites opératoires locales furent excellentes, mais la malade fit des complications pulmonaires qui prolongèrent son hospitalisation. Elle sortit cependant guérit au bout d'un mois.

La malade n'a pas été revue depuis sa sortie de l'Hôtel-Dieu.

CONCLUSIONS

1^o Il existe deux sortes de volvulus du cæcum : le volvulus par bascule autour d'un axe horizontal ou oblique qui est le plus fréquent et le volvulus du cæcum proprement dit qui est dû à une torsion autour de son axe longitudinal.

2^o Le volvulus du cæcum est rarement pur, généralement s'associent à la torsion la portion ascendante du colon et la terminaison de l'iléon.

3^o Le volvulus vrai du cæcum est la complication la plus redoutable du cæcum mobile et abandonné à lui-même son pronostic est fatal.

4^o La symptomatologie du volvulus cæcal est peu nette. Il faut retenir des signes locaux, le météorisme localisé siégeant dans la région sus ou sous-ombilicale et se dirigeant vers l'hypochondre droit. Les autres signes sont ceux d'une occlusion intestinale, avec comme particularité, la phase trompeuse de rémission.

5^o Le vrai volvulus aigu n'est jamais diagnostiqué. Le volvulus par bascule autour d'un axe horizontal doit être diagnostiqué par l'examen radiologique qui doit être fait systématiquement en présence

des douleurs et des troubles du transit intestinal.

6^o Le traitement ne sera jamais palliatif.

Seules seront pratiquées : la détorsion ou la résection, la détorsion avec cæcostomie ou appendicostomie suivie ou non de cæcopexie dans les cas de torsion peu serrée avec intégrité des mésos et des parois et tonicité conservée. Dans les autres cas on devra recourir à la résection.

Vu : le Doyen,
G. ROUSSY.

Vu : le Président de Thèse,
Prof. CUNÉO

Vu et permis d'imprimer :
Le Recteur de l'Académie de Paris,
S. CHARLÉTY.

BIBLIOGRAPHIE

- AIGROT. — Trois cas de d'occlusion intestinale rare (volvulus du cæcum et hernie étranglée de l'hiatus de Winslow) (*Bulletins et mémoires de la Société nationale de chirurgie* (rapport Alglave), t. LVII, n° 14, 2 mai 1931, p. 554-571).
- BARDOU et GANDY. — Volvulus du cæcum et du côlon ascendant (*Journal de médecine de Bordeaux* an. XCV, n° 23, 25 nov. 1923, p. 398, in *J. de chirurgie*, 1924, t. XXIII, p. 199).
- BLAND SUTTON. — Sur un cas de volvulus du cæcum (*Medical Press and circular*, 18 sept. 1912, in *J. de chirurgie*, t. IX, p. 634).
- BUNDSCHUH (Fribourg). — A propos du volvulus du gros intestin (*Berträge zur chirurgie*, t. LXXXV, fasc. I, 1913, p. 91 à 115, in *J. de chirurgie*, 1913, t. XI, p. 223).
- CANTELMO. — Sur deux occlusions intestinales cæcales mécaniques ; l'une par pérityphlite hyperplastique et l'autre par inflexion et torsion du cæcum mobile tourné en haut et à gauche. Opérations, guérisons. (*Il. Morgagni* an. LXXIII, n° 6, 8 fév. 1931, p. 257-265).
- CAVAILLON (P.). et DELVOYE (E). — Le volvulus du cæcum, étude clinique et thérapeutique (*Revue de Gyn. et de Chir. abdominale*, 1906, janv.-fév. n° 1, p. 53 à 100, in *Presse médicale*, 1906, p. 192).
- CHALIER (M. A.). — Volvulus du cæcum (*Société des sciences médicales de Lyon*, in *Rev. de Chir.*, XLV, p. 101).
- CHALPAUT (Pittsburg). — Torsion du cæcum (*American J. of obst. and Gyn.*, 1921, n° 6, in *J. de Chir.* t. XXII, p. 203).
- COCHRANE (W. A.). — Volvulus iléo-cæcal autour d'un appendice situé à gauche (*The British medical journal*, n° 3552, 2 fév. 1929, p. 193).

- COHN (M.). (Breslau). — Volvulus du cæcum dans une volumineuse hernie inguinale (*Berliner Klinische Wochenschrift*, t. XXVI neuve hernie inguinale (*Berliner Klinisch Wochenschrift*, t. XVIII, n° 28, 10 juillet 1911, p. 1273, 1276, in *J. de Chir.* t. VII, p. 322).
- CORNER (E. M.) SARGENT (P. W.). — Volvulus du cæcum (*Annales of Surgery*, n° 145, 1905, janv., p. 63, in *Presse Méd.* n° 27, p. 216).
- DELVOYE (E.). — Volvulus du cæcum (*Thèse de Lyon*, 1905).
- DUROUX (E.). — Les torsions pathologiques du gros intestin et leur traitement chirurgical (1^{re} partie : volvulus du cæcum) (*Revue de Gyn. et de Chir. abdominale*, 1912, t. XIX, p. 325).
- DURAND (G.). — Les circonstances cliniques du diagnostic du volvulus cæcal (*Archives des maladies de l'app. digestif et de la nutr.* janv. 1929).
- ECCES SMITH (R.). — Volvulus du cæcum : double obstruction (*British medical journal*, n° 3087, 28 fév. 1920, in *Presse Méd.*, 1920, n° 58, p. 574).
- ELJASBERG (M.) (Ladz). — Volvulus du cæcum. Rapport au XXIV^e Congrès des chirurgiens polonais tenu à Cracovie en avril 1928 (in *Polski Przegląd chirurgiczny*, t. VII, fasc. 3, 1928 p. 407, à 411).
- GATELLIER et HUSSENSTEIN. — Un cas de volvulus du cæcum perforé (*Soc. anat. de Paris*, séance du 5 juill. 1928, in *Annales d'anat. Pathol.*, t. V, n° 7, 1928, p. 812).
- GATELLIER et PADOVAN. — Un cas de volvulus du cæcum (*Soc. anat. de Paris*, séance du 5 juillet 1928, in *Annales d'anat. pathol.* 1928, t. V, n° 7, p. 811).
- GATELLIER (J.), MOUTIER (G.), PORCHER (P.). — Les volvulus du cæcum (*Archives des maladies de l'app. digestif et des mal. de la nutr.*, t. XXI, n° 1, janv. 1931, p. 20-94, 34 fig.).
- GAYET et LAROYENNE. — Occlusion post-opératoire par volvulus du cæcum (*Soc. de chir. de Lyon*, séance du 21 déc. 1911, in *Rev. de Chir.*, XI, v. p. 675).
- GRAHAM. — Volvulus du cæcum. Relation d'un cas compliquant une fièvre typhoïde (*Surgy, Gynecology and obstetrics*, mars 1926).
- GUBÉ. — Volvulus de l'intestin grêle et de la partie initiale du

- gros intestin (*Rev. de Chir.*, XXXV, p. 347, 659 et 856 et XLI, p. 91).
- HAUSSMANN. — Les diverses formes du cæcum mobile (*Mitteilungen aus den Grenzgebieten der Medizin und chir.*, fasc. 4, 1903, in *J. de Chir.*, t. II, p. 647).
- HEILER. — Ueber einem Fall von Einklammung der Zæcum. (*Münchener Medizin Wochenschrift*, 15 mars 1910, n° 11, p. 587).
- HOMANS (J.) (Boston). — Torsion du cæcum et du côlon ascendant (*Archives of surgery* 1921, t. III, p. 395-405, in *J. de Chir.* 1921, t. XIX, p. 414).
- JANKOWSKI (Riga). — Le volvulus du gros intestin (*Deutsche Zeitschrift für Chir.*, 1913, t. XI, p. 650).
- KNAGGS, BILLIGTON et DOBSON. — Volvulus (*Lomat*, 6 mars 1909, p. 676-680 ; in *Presse Méd.*, 1909, n° 53 p. 480).
- KUTNER. — Volvulus du cæcum dans une hernie ombilicale (*Soc. de Chir. de Breslau*, séance du 19 déc. 1909 ; in *Rev. de Chir.* 1909, t. XLI, p. 543).
- KOLLIS. — Volvulus du cæcum par torsion d'un appendice enflammé (*Lancet*, n° 4304, 1906, 4 fév., p. 516, in *Presse Méd.* 1906, n° 26, p. 208).
- KUNG (E.). — Le volvulus du cæcum et du côlon ascendant (*Archiv. für Klinische chirurgie*, t. CLI, fasc. 3, 1929, p. 547-564).
- LAGOUTTE. — Un cas de volvulus du cæcum, du côlon ascendant et de la terminaison de l'iléon (*Soc. de Chir. de Lyon*, 17 fév. 1910).
- LANDEL. — Contribution à l'étude du volvulus de cæcum ((Thèse de Paris, 1930).
- LÂNGERON. — Volvulus gangrène du cæcum. (in *Lyon médical*, 11 fév. 1914).
- LAFÉYRE. — Deux cas de volvulus du cæcum (*Arch. Prov. de Chir.*, XIX, n° 2, fév. 1910, p. 65-71).
- LECÈNE et LERICHE. — Thérapeutique chirurgicale, t. III, p. 179.
- LENORMANT. — Le volvulus du cæcum (XXIII^e Congrès de Chir., Paris, 3-8, oct. 1910. *Procès-verbaux, mémoires et discussions*, p. 380-392).

- LE DENTU et DELBET. — *Nouveau traité de chirurgie*, t. XXXVII : affections chirurgicales du gros intestin, édition 1924.
- LÉO et SIEGEL. — Occlusion intestinale aiguë par volvulus du cæcum et de l'intestin grêle (*Soc. des chir. de Paris*, 7 juin 1912).
- MAZET. — Deux cas de volvulus du gros intestin (*Lyon chir.* t. VIII, n° 5, 1^{er} nov. 1912).
- MAKKAS. — Torsion axiale du cæcum sans occlusion intestinale (*Zentralblatt für chirurgie*, t. LVI, n° 13, 30 mars 1929).
- MÉRIEL (E.). — Volvulus du cæcum et du colon acendant (*Affections du gros intestin*, J. B. Baillière et fils, nouveau traité de Chir., t. XXXVII, p. 178-193).
- MITREA (M.). (Cluf). — Volvulus du cæcum : considérations sur deux cas personnels (*Clyrel Medical*, t. XI, n° 10, oct. 1920 in *J. de Chir.*, 1920 p. 498-496).
- MONNIER. — Gangrène du cæcum par volvulus chez un enfant (in *Paris, chir.*, t. I, n° 4, mai 1907, compte rendu de la Soc. des Chir. de Paris).
- MONTI. — Volvulus du cæcum par migration de la rate (*Bulletin delle Scienze mediche*, 1921, an. XLII, série IX, t. IX, fasc. 5-9, p. 194-199, in *J. de Chir.*, 1921, t. XIX, p. 635).
- PASCALIS (Georges). — Contribution à l'étude du côlon mobile. Appendicite et volvulus cæcal (*Presse Méd.*, n° 97, p. 1578).
- PATHEY (M. G.). — Cæcum mobile (*Soc. méd. de Genève*, 25 janv. 1912 ; in *Presse Méd.*, 1917, n° 37, p. 400).
- PENTHER (M.). — Contribution à l'étude du volvulus du cæcum et de son traitement (Thèse de Paris, 1923).
- PODLAKA. — Le volvulus du cæcum (janv. 1926).
- PYE SMITH (Sheffield). — Un cas de volvulus du cæcum et du côlon ascendant (*The lancet*, t. CLXXIV, n° 4535, 30 juillet 1910, p. 302-304, in *J. de Chir.*, t. V, p. 443).
- QUÉNU. — Volvulus du cæcum (*Soc. de Chir. de Paris*, 27 juin 1906, in *Presse Méd.* 1906, n° 52, p. 418).
- Présentation de pièce. Discussion Michaux (*Soc. de Chir. de Paris*, 18 juillet 1906, in *Presse Méd.*, 1906, n° 58, p. 466).
- RIESE. — Volvulus de l'iléon et du cæcum avec gangrène (Réunion libre des chir. de Berlin, séance du 10 juillet 1911 ; in *Rep. de Chir.* 1912, t. XLV, p. 526).
- ROCQLANDS (R. P.). — Volvulus de l'intestin (*The British medical*

- journal*, n° 3554, 16 fév. 1929, p. 287-289 ; in *J. de Chir.*, p. 590).
- SANTY et DANET (Ch.). — Volvulus du cæcum (*Soc. nat. de Médecine et des sciences médicales de Lyon*, 8 juin 1921 ; in *Presse Méd.* 1921, n° 49, p. 490).
- SEEFISH. — Volvulus du côlon ascendant (*Soc. lib. des chir. de Berlin*, séance du 9 mars 1908 ; in *Rev. de Chir.*, 19108, t. XXXVIII, p. 185).
- SPECH. — Die Achsandrihung der Blinddarmes. Thèse de Leipzig, 1909.
- VIANNAY. — Un cas de volvulus du cæcum (*La loi médicale*, an. XXXVIII, n° 12, 1924, p. 621-625 ; in *J. de Chir.* 1925, t. XXVI, p. 554).
- VIANNAY. — Trois nouveaux cas d'occlusion intestinale après appendicectomie (*La Loire Médicale* an. XLV, n° 11, nov. 1931, p. 482-502).
- VIGUIER. — Volvulus du cæcum, du côlon ascendant y compris l'angle hépatique et de l'origine du côlon transverse, mort par entérorragie (méd. de l'armée, Tlemcen) (*Soc. de Chir. de Paris*, 11 juin 1913. (Rapport de Lejars) ; in *Bull. de Mem.*, t. XXXIX, n° 22, 17 juin 1913, p. 932-937).
- WILMS. — Der ileus (*Deutsche chir. fasc.*, 46, p. 572).
- Zeyfert (W.) (Varsovie). — Un cas de volvulus du cæcum (*Polski Przegląd Chirurgiczny*, t. VIII, fasc. 4, 1929, p. 423-429, in *J. de Chir.*, 1929, p. 435).

